Lane Medical Library

Aus der Chirurgischen Klinik der
Königlichen Charité.
Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Hildebrandt.

Ueber Perforation der Gallenblase in die freie Bauchhöhle.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
IN DER
MEDIZIN UND CHIRURGIE
DER
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
AN DER
FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN

vorgelegt von

Paul Desortzew
aus Orenburg (Russland).

Tag der Promotion: 27. April 1910.

Referent: Geh. Rat Prof. Dr. Hildebrandt.

Hermann Blanke's Spezial-Druckerei für Dissertationen
Kl. Rosenthalerstr. 9 BERLIN C. 54 Kl. Rosenthalerstr. 9

Meiner lieben Mutter
und
meinem lieben Schwager
Boris Gerschewitz in Dankbarkeit
gewidmet.

Ueber Perforation der Gallenblase in die freie Bauchhöhle.

Die häufigste Erkrankung der Gallenblase ist unzweifelhaft die Concrementenbildung in derselben. Durch den stetigen Reiz der Concremente werden in der Wand der Gallenblase Veränderungen hervorgerufen, die zu dem unter dem Namen der chronischen und acuten · Cholecystitis bekannten Zustand führen. Die Folgen der Steinbildung sind sehr mannigfache, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden kann. Eine ganz besonders gefürchtete Komplikation ist die Perforation der Gallenblase in die freie Bauchhöhle. Zwar sind auch andere Ursachen für eine Perforation der Gallenblase aus der Literatur bekannt, unter denen Trauma, Geschwülste und namentlich Infektionskrankheiten, wie z. B. Typhus, eine grosse Rolle spielen. Aber die häufigste Gelegenheitsursache bleibt die Gallensteinkrankheit. Die Vorbedingung für die Perforation der Gallenblase ist eine umschriebene Schwächung der Wand durch einen entzündlichen Prozess, den die Anwesenheit der Steine unterhält. In unseren drei Fällen, die unten näher beschrieben werden, war keine Infektionskrankheit vorhergegangen, wohl aber wurden Steine gefunden.

Von den folgenden operierten Fällen, die ich aus der Literatur zusammengestellt habe, fanden sich in der perforierten Blase 11 Mal Steine vor und 3 Mal

waren keine Steine gefunden. In einem Falle handelte es sich wahrscheinlich um eine typhöse Perforation der Gallenblase, im anderen Falle um ein seltenes Ulcus rotundum vesicae felleae, in dem dritten Falle deutete die Anamnese mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf frühere Steinkoliken, obwohl bei der Operation keine Steine gefunden waren, indessen sprachen die entzündlichen Veränderungen doch mit Wahrscheinlichkeit für ein früheres Vorhandensein von Steinen. In sämtlichen von Neek beschriebenen Fällen fanden sich in der perforierten Gallenblase Steine vor. Auch Courvoisier ist der Ansicht, dass die Gallensteine die Hauptursache der Perforation sind und sagt in seiner Monographie, dass in seinen 55 Fällen von Perforation der Gallenblase 49 Mal Cholelithiasis in Betracht kommt und nur in den übrigen 6 Fällen Infektionskrankheit, und zwar je einmal Typhus, Cholera, Malaria, Gallenfieber und 2 Mal Sepsis nach der Operation. Es ist auch nicht zu leugnen, dass Typhus relativ häufig zur Perforation der Gallenblase führt, aber diese acuten Infektionskrankheiten werden selten als Aetiologie für die Entstehung der Cholecystitis mit nachfolgender Perforation der Gallenblase beobachtet. Meistenteils war die Gallenblase schon vorher krank, enthielt schon Steine, und die hinzutretende Infektionskrankheit gab nur den Anstoss für die Entstehung der acuten Cholecystitis; jedoch kann dieselbe ohne Steine zustande kommen, wie wir aus dem Falle von Finkelstein sehen, und die Perforation herbeiführen. Erdmann führt sogar 34 Fälle von typhöser Perforation der Gallenblase an,

wo keine Cholelithiasis in Betracht kommt. Zur Perforation der Gallenblase führen hauptsächlich die acuten infectiösen Entzündungen der B. B. (Cholecystitis purulenta, phlegmonosa, gangränosa). Die Infektionserreger dringen zum grössten Teil auf dem Wege der Gallengänge vom Darm aus, selten durch die Blutbahn. „Wenn die pathogenen Mikroorganismen, unter welchen das Bacterium coli die Hauptrolle spielt, in eine steinhaltige Blase eindringen, so haftet die Infektion besonders fest, weil die Steine den Gallenabfluss hemmen, ferner, weil die den Fremdkörper umgebende Flüssigkeit die Ansiedelung der Bacterien in hohem Masse erleichtert.“ (Körte).

Nach der Meinung von Garré dürften die spontanen Ulcerationsprozesse in ähnlicher Weise, wie sie im Magen und Darm vorkommen, auch in der Gallenblase in die Erscheinung treten: „Wenn man an die eigenartige Gefässversorgung der Gallenblase denkt, so ist es verständlich, wie z. B. kleine Embolien necrotische Prozesse zur Folge haben können.“ (Garré). So hat auch Czerny auf die Totalnekrose der Gallenblase hingewiesen. Wir finden die Gallenblase bei acuter Entzündung oft stark ausgedehnt, die Serosa stark injiciert mit fibrinöser Ausschwitzung bedeckt. Diese fibrinösen Beläge auf der Serosa führen zu bindegewebigen Verlötungen mit den Nachbarorganen. Die Geschwüre durchsetzen die Wand bis zur Serosa, reduzieren sie auf Papierdünne und führen dann bei ganz geringfügigem Anlass Perforation herbei. Häufig kommt noch vermehrter intravesicaler Druck, z. B. durch Steinverschluss dazu

oder Druck von aussen auf die Blase durch die Bauchpresse oder ein ganz geringfügiges Trauma, wie z. B. in dem Fall von Fink.

Die nächste Umgebung der Durchbruchstellen wurde meist als verdünnt, nekrotisch oder brüchig angegeben, die übrige Beschaffenheit der Gallenblasenwandung wurde als verdünnt oder verdickt gefunden, nicht selten als sehr brüchig erwähnt. Thiel z. B. fand die Gallenblase etwas verdickt und so ausserordentlich brüchig, dass sie bei den Versuchen, sie mit breiten Klemmen etwas vorzuziehen, jedesmal ausriss, so dass er von einer Exstirpation der Gallenblase Abstand zu nehmen genötigt war, da man die Gallenblase wahrscheinlich nur in Fetzen herausbekommen hätte und schliesslich die Exstirpation doch nicht hätte zu Ende führen können. In vielen Fällen ist die Gallenblase als geschrumpft angegeben.

Dass es verhältnismässig selten bei steinhaltiger, erkrankter Gallenblase zur Perforation frei in die Bauchhöhle kommt, hängt damit zusammen, dass meistens der zerstörende Process langsam vor sich geht und dass es daher entweder zu Verwachsungen mit der Umgebung kommt, wodurch abgesackte Eiterungen oder Durchbrüche nach den verschiedenen Richtungen hin (Magen, Darm, Bauchwand usw.) entstehen oder dass ein Durchbruch von Geschwüren durch Neubildung widerstandsfähigen Bindegewebes in der Gallenblasenwand von vornherein verhindert wird. Ueberhaupt ist die Lage der Gallenblase in der Bucht zwischen Leber, Magen, Duodenum, Colon und in der Nähe stets zu Verklebungen bereiten Netzes für

die Abkapselung der Entzündung sehr günstig. Ist aber eine Perforation der Gallenblase erfolgt, ohne dass es vorher zu Adhäsionen gekommen war, so ergiesst sich der Inhalt der Gallenblase in die Bauchhöhle und verursacht dort eine Entzündung des Bauchfelles. In unserem Falle 1 fand sich in der Bauchhöhle dünnflüssiges, galliges, schwach eitriges Exsudat, in einigen Fällen war die Galle mit Blut vermischt. In unserem Falle 2 und im Falle von Fink war dagegen die Galle ganz klar gefunden. Die Menge der ergossenen Galle war verschieden gross. Ruge fand mehrere Liter Galle in der Bauchhöhle. Nach den Mitteilungen von Garré sind auch Fälle bekannt, wo nach Perforation der Gallenblase enorme Quantitäten (30—40 Liter) durch Punction entleert wurden. Courvoisier fand unter 14 Fällen nur 15 Mal die Angabe der eigentlichen Eiterung, und auch Langenbuch gibt an, dass die Flüssigkeit meist gallig, zuweilen mit Blut untermischt sei und selten ein mehr seröses Exsudat sich bilde. Die erste Folge der Perforation der Gallenblase ist die freie Bauchhöhle, ist also intraperitonealer Gallenerguss. Sekundär bewirkt Perforation fast immer Peritonitis. Man fand dieselbe in den verschiedensten Stadien; von der ersten Rötung der Serosa bis zu den grössten Exsudaten. Die Folgen hängen immer von der Infektionskraft der Galle ab. Es ist bekannt und neuerdings durch Experimente von Ehrhardt bestätigt, dass normale Galle überhaupt keine Keime enthält. Ehrhardt hat nachgewiesen, dass das Einfliessen der Galle in die Bauchhöhle auch keine

sogenannte aseptische Peritonitis erzeugt; die Galle wird sehr rasch resorbiert und die Tiere gehen innerhalb sechs Tagen an Cholämie zu Grunde. Wenn nur Keime von geringerer Virulenz in die Bauchhöhle eindringen, so werden sie auch resorbiert, wenn der Zufluss derselben aufhörte. Je weniger Entzündung, desto bessere Resorption. Aber die entzündliche Reizung wird nicht nur durch diese spärlichen Keime, sondern auch mechanisch durch die frei umherliegenden Gallenkonkremente vermehrt. Die Resorption hört auf und die Bacterien haben die beste Gelegenheit, sich zu vermehren, ihre Lebensenergie zu stärken und bei dem immer neuen Zufluss einen solchen Grad zu erreichen, dass jetzt die progrediente Peritonitis tödlichen Ausgang nimmt. Nach Statistik von Courvoisier trat unter 69 Fällen von freier Perforation der Gallenblase in 44 Fällen diffuse Peritonitis ein. Courvoisier ist der Meinung, dass die Verhältnisse bei der Perforation der Gallenblase in die freie Bauchhöhle gewöhnlich nicht besser liegen als z. B. bei Darmperforationen und jedenfalls schlechter als bei rein traumatischer Ruptur der Gallenblase, bei welcher niemals eitrige Peritonitis und häufig Ausgang in volle Genesung beobachtet worden ist. Fritz König ist auf Grund seiner Beobachtungen mit dieser ersten Ansicht Courvoisiers nicht einverstanden. Er meint, und ich glaube mit Recht, dass die Peritonitis eine in ihrer anatomischen Form andere, in der Mehrzahl der Fälle leichtere und von besserer Prognose für den Fall der Operation ist; zwar tritt die Peritonitis mit derselben Plötzlichkeit und mit

demselben raschen Verlauf und mit denselben Schmerzen wie Peritonitis infolge Darmperforation auf. Nicht immer führt die ulcerative Perforation zur Peritonitis. Häufig bilden ältere oder frisch gebildete Adhäsionen einen Schutzwall gegen die Bauchhöhle und es kommt zu abgesackten, pericholecystitischen Abscessen. Häufig aber beginnt eine Perforation in die Bauchhöhle als freier Durchbruch; aber rasch kapselt sich Eiter ab und es besteht eine zweifellose Fistel in einem circumscripten Abscesse; umgekehrt sind Perforationen von vornherein abgesackt, führen aber später mittels zweiten Durchbruchs zu diffuser Peritonitis. Es kann auch nachträglich noch eine Verklebung der Perforationsstelle eintreten und die Gefahr ist vorüber. In vielen Mitteilungen ist ferner angeführt, auch in Fällen von König, Thiel und Ruge, dass das Loch sozusagen durch Steine verlegt war. Thiel schreibt, dass er bei der Operation im Fundus der Gallenblase ein kreisrundes Loch von etwas mehr als 1 cm Durchmesser fand. Dasselbe war nach Art eines Kugelventils fest verstopft durch einen eiförmigen, nicht facettierten Gallenstein, der, wie die spätere Messung ergab, 3 cm lang und 2 cm dick war.

König fand in der Bauchhöhle mehrere kleine Steine, aber die in der Gallenblase zurückgebliebenen waren weit grösser, sie konnten nicht die Oeffnung passieren und schon ein einzelner stopfte mit einem Teil seines Umfanges die Oeffnung. Diese Fälle sind günstig, da auch, wenn keine abkapselnde Entzündung folgt, doch wenigstens momentan kein Gallenblaseninhalt mehr in die Bauchhöhle tritt; diese bekommt

Zeit, die Flüssigkeit zu resorbieren und erhält vorläufig kein neues Material aus der Gallenblase. Was die Symptome der Perforation der Gallenblase frei ins Cavum peritoneale mit nachfolgender Peritonitis hinein betrifft, so sind es die gleichen wie bei anderen Perforationen der Hohlorgane in die Bauchhöhle; nämlich: Plötzlichkeit des Beginns, Auftreibung des Leibes, Darmlähmung, Erbrechen, schneller kleiner Puls. Oft lokalisieren sich die Schmerzen zuerst in der Lebergegend, dann verbreiten sie sich über das ganze Abdomen. In manchen Fällen ist auch Icterus angegeben und der Gallenfarbstoff im Urin nachgewiesen. Der Leib war in allen Fällen aufgetrieben, auf Druck sehr empfindlich. Temperatur stieg bis auf 40° und höher. Puls bis 160. Stuhlgang meistens sistiert, Singultus, kein Flatus und oft stellte sich Erbrechen ein. Das Sensorium war in fast allen Fällen frei. In betreff der Symptome abgekapselter Perforationen lässt sich sagen, dass das Bild meist dasjenige einer Peritonitis ist, welche anfangs oft sehr bedrohlichen Charakter zeigt. In der Regel lassen die stürmischen Erscheinungen bald nach und der weitere Verlauf wird ein ruhiger, wie bei anderen Perforationen, welche rasch abgegrenzt werden. Fast in allen Fällen sind Gallensteinkoliken der Perforation vorhergegangen, welche die Diagnose einer Perforation der Gallenblase wesentlich erleichtern, so dass die Aufmerksamkeit sofort auf die erkrankte Gallenblase gelenkt wird. In vielen Fällen stellten sich jedoch einer exakten Diagnose grosse, ja unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen und man musste mit der Dia-

gnose einer Peritonitis sich begnügen. Oft werden die vorhergegangenen Gallensteinkoliken als Magenkrämpfe angedeutet, wie z. B. im Falle von Burkhardt. In manchen Fällen, auch in unserem Falle 2 und im Falle von König war die Diagnose auf Ileus gestellt. Er wurde dazu hauptsächlich durch eine tympanitische Resistenz veranlasst, welche durch eine besonders stark geblähte, rechts unten vom Nabel liegende Darmschlinge verursacht wurde. König sagt in seinem Bericht darüber folgendes:

„Obwohl der Ileus und Peritonitis, diese beiden acuten Erkrankungsformen der Bauchhöhle, durch sorgfältige Präcisierung ihrer Symptomatologie einer recht scharfen Diagnose im allgemeinen zugänglich sind, bleiben doch auch heute auf diesem Felde manche Zweifel. Wenn wir von dynamischem, durch Peritonitis erzeugten Druck auch absehen, so hat doch die anatomische Veranlassung der Störung der Darmpassage von der scharfen Abklemmung bis zu zeitweiligen Verlegungen durch Abhäsionen zahlreiche Uebergänge, und gerade die letzteren Formen können durch temporäres Nachlassen und Stärkerwerden der Abknickung das Bild variieren. Dazu gesellt sich die Schwierigkeit, wenn wir eine Peritonitis bereits vor uns haben, aber bei Abwesenheit jeder entzündlichen Aetiologie durch die Sachlage verleitet werden können, ein mechanisches Hindernis als erste Ursache anzunehmen.“

Von Hochenegg wurde ein Volvulus vermutet, weil bald nach Beginn der Erkrankung in der Gegend des Colon transversum eine scheinbar tor-

quierte Darmschlinge sich bemerkbar machte. Im Falle von Fink schwankte die Differentialdiagnose mit Appendicitis. In anderen Fällen wurde die Diagnose auf die Perforation der Gallenblase gestellt.

Was die Behandlung der Perforation der Gallenblase frei ins Cavum peritoneale betrifft, so ist die Heilung nur mittels Laparotomie möglich und je rascher eingegriffen wird, desto besser sind die Aussichten auf Erfolg. Aber in manchen Fällen ist der Zustand ein derartiger, dass kein Eingriff mehr gemacht werden kann.

Die Operation hat die Aufgabe, die ergossene Gallenflüssigkeit und die im Bauchraume umherliegenden Steine zu entfernen und die Quelle der Infektion zu verschliessen. Zu diesem Zweck sind verschiedene Operationsmethoden vorgeschlagen worden.

Professor Hildebrandt führte im Falle 1 den Schnitt, da die Diagnose mit grosser Wahrscheinlichkeit auf die Gallenblasenerkrankung gestellt war, am Rippenbogen in der vorderen Axillarlinie beginnend nach medianwärts und unten verlaufend; Bauchdecken wurden durchgetrennt; Netz und Därme zurückgezogen, die Gallenblase vorgezogen und am Bauchfell befestigt. In ihr befand sich ein grösserer Stein. Die Gallenblase wurde drainiert, die Bauchdecken durch zweifache Nähte geschlossen.

Professor Körte empfiehlt, wenn die Diagnose „Peritonitis von der Gallenblase ausgegangen“ gestellt ist, den Schnitt durch den rechten Rectus zu führen, etwas schräg nach oben gegen die Mittellinie hinziehend, weil man von hier aus am besten an die

erkrankte Blase herankommt. Ist aber der Ausgangspunkt der Entzündung nicht sicher zu erkennen, dann ist der Bauchschnitt in der Mittellinie des Epigastrium zu führen, von welchem aus man Magen, Duodenum, Pankreas absuchen kann. Findet sich die Gallenblase als Ursache der Erkrankung, dann kann man nötigenfalls durch einen Querschnitt nach rechts das erkrankte Organ noch besser zugänglich machen. Ist die Blase perforiert, so muss man zunächst die Oeffnung freilegen und provisorisch durch Gaze-Compressen abschliessen, damit man die Bauchhöhle reinigen und etwa ausgetretene Steine beseitigen kann, ohne beständig durch nachfliessende Galle gestört zu werden. Sind die Kräfte des Patienten hinreichend, dann rät Körte zur Exstirpation der perforierten Blase. Wenn nicht ausgedehnte bindegewebige Verklebungen da sind, so wird die Blase nach Einritzen des peritonealen Ueberzuges leicht aus dem Leberbett ausgelöst, die art. Cystica umstochen, dann der Cysticus abgebunden. Ein dickes Drain kommt auf den Stumpf, ein Beuteltampon auf das Gallenblasenbett. Lassen aber die allgemeinen oder örtlichen Verhältnisse jeden ausgedehnten Eingriff als untunlich erscheinen, dann ist die Oeffnung in der Blase zu erweitern, um etwaige weitere Concremente zu entfernen und das Innere der Blase zu reinigen. Für die Behandlung der geschwürigen Perforation hält Körte den Verschluss der Oeffnung nicht für angebracht, weil wir dem infectiösen Inhalt freien Abfluss bieten müssen. Ist also die Exstirpation nicht möglich, dann muss man die Gallenblase mit dickem Rohr drainieren und dann

herum tamponieren. Die Gallenfistel, welche sich zunächst bildet, heilt sicher, falls keine Steine zurückgelassen sind.

Professor Fritz König meint auch, dass man, in Anbetracht dessen, dass stets schwere anatomische Veränderungen vorhanden sind, die Naht verwerfen muss und die Exstirpation der Gallenblase vornehmen, welche die reinsten Verhältnisse schafft und erlaubt, wenn keine Entzündungserscheinungen vorausgegangen sind, die Bauchhöle normaler Weise zu schliessen. Zur Reinigung der Bauchhöhle wird die Spülung mit Strömen heissen Salzwassers empfohlen.

Die Prognose des Eingriffes hängt von vielen Nebenumständen ab, wie vom allgemeinen Kräftezustand, Virulenz und Menge der Keime, welche in die Bauchhöhle eingedrungen sind. Sehr wesentlich hängt die Prognose davon ab, wie bald nach eingetretener Perforation die zweckmässige Behandlung eingeleitet wird. Es sind bis jetzt einem operativen Eingriffe nur 28 Patienten unterworfen. Von diesen Patienten waren 19 durch Operation gerettet und nur 9 gestorben.

Ueber die Stelle der Gallenblase, an der die Perforation erfolgte, ist in unseren beiden Fällen nichts erwähnt worden. In anderen Fällen, welche ich aus der Literatur zusammengestellt habe, fand sich der Sitz der Perforation 5 Mal am Fundus, 3 Mal an unterer Fläche, 1 Mal am Hals, ein Mal am vorderen Umfange.

Nach Statistik von Courvoisier in 28 Fällen, wo die Stellen der Perforation angegeben waren,

war 20 Mal der Fundus, 4 Mal Corpus und 3 Mal Hals betroffen.

Hallet dagegen fand die häufigste Stelle der Perforation: die untere Fläche der Gallenblase.

Die Form der Perforation war entweder mehr rundlich oder rissförmig. Die Oeffnungen schwankten in ihrer Grösse zwischen der einer Erbse bis zu einem 2 cm langen Riss.

Wie oft die Cholelithiasis sich mit Cholecystitis kompensiert und wie oft bei Cholecystitis eine Perforation erfolgt, darüber liegen keine genauen Angaben vor. Roth hat angegeben, dass unter den in 10 Jahren von ihm sezierten 166 Steinkranken 14 Perforationen aufwiesen, von denen nur 2 frei in die Bauchhöhle erfolgt waren, andere innerhalb vorgebildeter Adhäsionen nach dem Darmtractus Fisteln gebildet hatten.

Courvoisier hat in 6 Jahren auf 255 Gallensteinsectionen nur 1 freie Perforation in die Bauchhöhle konstatiert und 5 Gallenblasendarmfisteln. In dem Göttinger Pathologischen Institut waren unter 85 Gallensteinkranken 5 Perforationen konstatiert worden, darunter nur eine freie Perforation in die Bauchhöhle und 3 Mal erfolgte der Durchbruch in den Darm.

Zum Schlusse gelange ich zu folgender Ueberzeugung:

1. Die Ursache der Perforation der Gallenblase in die Bauchhöhle ist fast immer die Cholelithiasis.
2. Die Prognose der Perforation der Gallenblase ist eine günstige für den Fall der Operation, da die Operation in 70% Heilung bringt.

3. Um die Perforation der Gallenblase zu verhüten, muss man bei acuter Cholecystitis mit Peritonealreizung die Operation ausführen.

Die Fälle, welche bis zum Jahre 1900 operiert waren, sind von Neek zusammengestellt und beschrieben. Ich füge hinzu 3 unserer Krankengeschichten und die Krankengeschichten von den Fällen von Perforation der Gallenblase, welche nach dem Jahre 1904 operiert und veröffentlicht worden sind.

Im Anschluss daran möchte ich einen Fall von traumatischer abgekapselter Perforation der Gallenblase, welcher im Jahre 1907 in der chirurgischen Charité-Klinik mit Erfolg operiert war, erwähnen. Es handelte sich um einen 11jährigen Knaben, welcher von der Treppe mit dem Leib auf Eisenschienen heruntergefallen war. Es bildete sich in Anschluss an das Trauma innerhalb 8 Wochen eine fluctuierende Geschwulst innerhalb der Gallenblasengegend, welche sich bei der Operation als Gallenblasenabscess erwies und von der Bauchhöhle überall abgeschlossen war. Nach Entleerung der Galle sah man am Boden der Höhle ungefähr in der Mitte eine Perforationsöffnung. In diesem Falle zeigte sich keine peritonitische Erscheinung und das Kind war geheilt entlassen.

Fall 1.

24. 6. 01. Seit etwa 26 Jahren will die Patientin an anfallsweise auftretenden Schmerzen in der Lebergegend leiden. Die Anfälle traten in den ersten Jahren meistens im Anschluss an Geburten auf. Seit dem Eintritt des Klimakteriums treten die Anfälle häufiger und heftiger auf. Patientin ist wiederholt dabei ikte-

risch gewesen. Sie hat in der letzten Zeit im Anfall Morphium bekommen. Vor 8 Tagen der letzte heftige Anfall, im Anschluss daran dauernd Schmerzen im Leib, der aufgetrieben ward. Seit 3 Tagen kein Stuhlgang, keine Blähung, aufgetriebener Leib, Singultus, kein Erbrechen.

Status: Gut genährte Frau, Leib mächtig aufgetrieben, Druckempfindlichkeit, Gallenblase nicht palpabel. Im Urin Gallenfarbstoffe, kein Albumen. Seit 3 Tagen Verstopfung.

25. 6. 04. Operation in Aethernarkose. Schnitt am Rippenbogen in der vorderen Axillarlinie beginnend nach medianwärts und unten verlaufend, Durchtrennung der Bauchdecken. Zurückdrängen des Netzes und der Därme. Im Bauchraume freie Galle. Die Gallenblase ist perforiert sie wird vorgezogen und mit grosser Mühe am Bauchfell befestigt. In ihr befindet sich ein grösserer Stein. Die Gallenblase wird drainiert, die Bauchdecken werden durch zweifache Nähte geschlossen. Verband.

26. 6. 04. Starke Bronchitis, die das Allgemeinbefinden in erheblicher Weise beeinträchtigt. Bauch schmerzhaft aufgetrieben. Galle fliesst gut ab.

29. 6. 04. Einige Nähte schneiden durch, werden entfernt. Bronchitis etwas besser. Fieber und beschleunigter Puls.

3. 7. 04. Allgemeinbefinden besser. Entfernung der eiternden Fäden, Wunde weit auseinandergewichen. Im Verband noch 6—8 Gallensteine. Drainage. Verband. Puls und Temperatur normal.

5. 7. 04. Seitlich wird eine Gegenöffnung angelegt und ein Drainrohr durchgeführt, neue Drainage der Gallenblase. Verband. Bronchitis geheilt.

12. 7. 04. Das Drainrohr seit einigen Tagen fortgelassen, wegen der starken Gallensekretion täglicher Verbandwechsel. Wunde frischrot, aber in Handtellergrösse klaffend.

16. 7. 04. Wunde frisch, wird mit Heftpflaster zusammengezogen.

30. 7. 04. Wunde granuliert sehr gut, klafft noch um höchstens 1 cm.

18. 8. 04. Wunde fast ganz geschlossen, nur zeitweise noch geringes Ausfliessen der Galle.

25. 8. 04. Seit 6 Tagen keine Galle ausgeflossen.

29. 8. 04. Wunde trocken, fast ganz überhäutet. Mit gut sitzender Bauchbinde geheilt entlassen.

Fall 2.

9. 12. Patient soll vergangenen Montag (5. 12.) plötzlich erkrankt sein. Die Diagnose wurde auf Ileus gestellt. Ikterisch soll er nie gewesen sein.

Befund: Grosser kräftiger Mann. Das Abdomen ist mächtig aufgetrieben, Pat. ist sehr benommen, der Puls ist klein 130. Operation in Chloroformnarkose. Durch langen Schnitt in der Linea alba wird die Bauchhöhle eröffnet, aus der sich geblähte Darmschlingen hervordrängen. In der Bauchhöhle ist etwas dünnflüssiges, galliges, schwach eitriges Exsudat. Verklebungen sind nicht vorhanden. Duodenum und oberer Teil des Ileum sind collabriert. Dort ist an der Uebergangsstelle von geblähtem zu collabiertem Darm nichts Abnormes nachweisbar. Direkt unter

dem Rippenbogen wird durch einen zum ersten Schnitt senkrechten Einschnitt die Lebergegend freigelegt. Das Netz ist in toto nach oben umgeklappt und verdeckt die Leber. Die Gallenblase ist perforiert, nach weiterer Eröffnung zeigt sie sich gefüllt mit zahlreichen kleinen und zwei grösseren Steinen. Die Gallenwege sind frei. Ein Drainrohr wird in die Gallenblase eingelegt und ihre Umgebung austamponiert. Die Wunde wird durch zwei Etagen Seidennähte geschlossen. Während der Operation erhält Patient subcutan 500 ccm Kochsalzlösung. Puls 130, sehr unruhig. In der Nacht 200 ccm hochgestellten ikterischen Urins.

10. 12. Infusion von 1000 ccm physiologischer Kochsalzlösung in die Vena mediana des rechten Armes. Abends nochmals 500 ccm 0,01 Morph. Einige Stunden guter Schlaf. Am Morgen blutiges Erbrechen.

11. 12. Verbandwechsel. Es ist Galle reichlich abgelaufen. Der Leib ist dünner geworden. Es besteht fast völlige Anurie. 1000 ccm Kochsalzlösung intravenös. Seit 2 Tagen 50 ccm hochgestellten Urins, in dem granulierte Cylinder und wenig Eiweiss nachweisbar sind. Puls zirca 105, mittelkräftig.

12. 12. Subcutane Infusion von 1700 ccm Kochsalzlösung. Mit dem Magenschlauch wird spez. Diuret mit Theobromin nectril salicyl. eingeführt. Pat. liegt seit Morgen in urämischem Coma. Puls bleibt gut, 84. 0,02 Morph. 2,0 ccm Camph. Nachmittags 5 Uhr Exitus.

Fall 3.

Frau B. 60 Jahre.

1. 1. 06. Anamnese: Vor 6 Wochen bemerk-

te die Patientin, dass sie an Gewicht abnahm. Sie bekam plötzlich heftige Stiche in der rechten oberen Bauchseite. Seit dieser Zeit hat sie kolikartige Anfälle, Schüttelfrost. Ein Arzt, an den sie sich wandte, stellte schon damals abnorme Vergrösserung der Leber und ausserordentliche Schmerzhaftigkeit der betreffenden Gegend fest. Kein Icterus. Seit 8 Tagen besteht andauernd Erbrechen. Das Erbrochene ist von grüner Farbe.

Befund: Eine etwas apatisch und gedunsen aussehende Person, sehr unruhig. Tympanie reicht bis 3 Fingerbreite über dem Rippenbogen. Leib weich. Bei kombinierter Untersuchung fühlt man den unteren Leberrand in der Höhe des Nabels in der Mamillarlinie. Links: Lebergrenze in der Medianlinie. 2 Fingerbreit oberhalb des Nabels. Leberrand ist ziemlich scharf. Die Oberfläche ist nicht ganz eben, hart, besonders in der Gegend der Gallenblase. Letztere ist nicht zu fühlen. Kein Ascites. Lungen o. B. Puls klein, Herzton leise.

2. 1. 06. Puls kräftiger, kein Gallenfarbstoff im Urin.

3. 1. 06. Abendtemperatur war gestern 38,7. Heute früh bei andauerndem Erbrechen deutlich Spasmus der Bauchmuskulatur, so dass die Abtastung der Leber unmöglich ist. Gegen Mittag ein Collaps, aus dem Pat. sich etwas erholte, so dass zu Laparotomie geschritten wurde.

Laparotomie. Courvoisier'scher Schrägschnitt. Lebergrenzen entsprechen dem Palpationsbefund. Die Oberfläche des Colon transversum glatt.

Kein freier Exsudat. Das Quercolon ist dicht unter dem Rande der Leber in der Mamillarlinie an der unteren Leberfläche adhärent. Durch Palpation wird darunter eine kleine Gallenblase festgestellt. Sobald einige oberflächliche Adhäsionen zwischen Leber und Quercolon gelöst sind, quillt dicker, grün-gelblicher Eiter aus der perforierten Gallenblase hervor. Durch eingeführte Steinzangen werden 6 Steine entfernt. An ein Exstirpation der Gallenblase ist wegen der Verwachsungen mit dem Duodenum und dem Colon transversum nicht zu denken. Drainage der Gallenblase, deren Umgebung mit Jodoformgaze austamponiert wird. Partielle Bauchdeckennaht mit 2 Etagen Kätgut, Hautseidennaht.

4. 1. 06. Abends ½8 Uhr Exitus letalis.

Fall 4. (Hallet).

45jährige Frau, litt seit 2 Jahren mehrfach an Magenkatarrh. 8 Tage vor der Operation ein neuer Magendarmkartarrh mit Schmerzen in der Gallenblasengegend, Erbrechen und leichtem Icterus. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus: Respiratio abdominalis, Puls 100, ziemlich kräftig, Temperatur 38, Leib aufgetrieben, überall etwas schmerzhaft, stärker in der Gallenblasengegend. Kein Stuhlgang, keine Winde. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigten sich die Darmschlingen gerötet, aufgetrieben, mit Galle und Fibrin bedeckt. Zwischen Gallenblase und Colon transversum lagen vier facettierte Gallensteine. An der Unterfläche der Gallenblase fand sich 1 cm langer Riss, aus dem sich trübe Galle entleerte. Nach Erweiterung der Wunde wurde eine grössere Anzahl

Gallensteine entfernt. Annähung der Gallenblase. Tamponade und Drainage der Bauchhöhle. Nach 4 Tagen verschwand das Fieber. Heilung nach etwa 3 Monaten.

Fall 5.

50jährige Frau, die seit 13 Jahren Gallensteinkoliken hatte. Am 17. Juni 1903 neuer Anfall. Befund am 18. Juni: Puls 100, Temperatur 37°. Leib im Bereiche der Gallenblase schmerzhaft. Gallenblase orangengross fühlbar. Im Laufe des Tages Erbrechen. Pulsfrequenz steigt auf 120, Temperatur subnormal. Bauch leicht aufgetrieben. Schmerzhaftigkeit in der rechten Oberbauchgegend. Operation: Nach Eröffnung des Bauches entleerte sich gallige Flüssigkeit. An der Gallenblasenkuppe fand sich eine kleine Perforationsöffnung, in ihr ein Gallenstein. Nach Erweiterung der Oeffnung wurden zahlreiche Gallensteine entfernt. Annähung der Gallenblase an die Bauchdecken. Drainage der Gallenblase. Tamponade der Bauchhöhle, teilweise Bauchdeckennaht. Baldige Genesung.

Fall 6.

Die 65jährige Frau bot früher nie Zeichen einer Cholelithiasis. Sie bekam plötzlich heftige Schmerzen. Es stellte sich Brechneigung ein. Die rechte Bauchseite war sehr schmerzhaft. Es bestanden die Zeichen eines Darmverschlusses. Bei der nach etwa 24 Stunden vorgenommenen Laparotomie waren die Darmschlingen aufgetrieben. In der Bauchhöhle fand sich Galle. Die kleine Gallenblase hatte ein grosses Loch, in welchem ein Gallenstein lag. Trotz Tamponade und Drainage der Bauchhöhle starb die Kranke 20 Stunden nach der Operation.

Fall. 7. (v. Burkhardt).

Die Kranke war 36 Stunden vor der Aufnahme in das Krankenhaus mit „Magenkrämpfen“ erkrankt, die sie schon mehrfach gehabt hatte. Es stellte sich Erbrechen ein, die Schmerzen wurden heftiger.

Befund: Die Gesichtszüge waren verfallen und erinnerten lebhaft an den abdominalen Habitus, Respiration frequent und mühsam. Temperatur 39,5. Puls gegen 100, ziemlich voll. Bauch in der rechten Hälfte stark gespannt, unten mehr oder weniger druckempfindlich. Die seit langer Zeit bestehenden Magenkrämpfe veranlassten — beim Fehlen anderer Anhaltspunkte — zur Annahme einer Gallenblasenoperation. Etwa 18—20 Stunden nach der Aufnahme in das Krankenhaus wurde die Laparotomie ausgeführt. In der Bauchhöhle fand sich trübe, galliggefärbte Flüssigkeit. Die Gallenblase hatte an ihrem vorderen Umfang kaum pfennigstückgrosses Loch mit gangränösen Rändern. Aus der Gallenblase quoll ikterischer Eiter, es wurden eine Unmasse Gallensteine aus ihr entfernt, Einnähung eines Drainrohres in die Gallenblase. Drainage und Tamponade der Bauchhöhle. Unmittelbar hinterher Aufhören der Schmerzen und Besserung des subjektiven Befindens, Temperatur abends auf 36,6 gesunken, Puls auf 80 zurückgegangen. Am anderen Tage 38,6, vom 4. Tag an normale Temperatur. Die ersten Blähungen erfolgten nach 24 Stunden, etwas später erfolgte auf Glycerin Stuhl. 11 Wochen nach der Operation waren die Wunden geschlossen. Pat. wohl geblieben.

Fall 8. (Thiel).

Es handelt sich um eine 58jährige, kräftige Dame, welche früher nie nennenswert krank gewesen ist. Im April 1901 hatte Patientin zum ersten Mal starke Magenkrämpfe, welche vom behandelnden Arzt als Gallensteinkolik angesprochen wurden. Der Anfall war leicht einmaliges Erbrechen, kein fühlbarer Tumor, kein Icterus. Nach einigen Tagen konnte Pat. aufstehen; sie hatte dann 2½ Jahre Ruhe, nur blieb ein ständiger Druck und Gefühl von Schwäche in der Magengegend bestehen. Im September 1903 stellten sich dann plötzlich dieselben Schmerzen erneut und mit grösserer Heftigkeit ein. Wieder einmaliges Erbrechen, keine nachweisbare Geschwulst, doch soll sich zur Zeit eine leicht gelbliche Verfärbung der Haut und Sclera gezeigt haben; ebenso enthielt der Urin Gallenfarbstoff. Auch diese Attacke dauerte nur einige Tage. Es wurde eine Kur nach Naunyn eingeleitet und Pat. befand sich leidlich dabei, bis am 12. Dezember 1903 der verhängnisvolle dritte Anfall einsetzte. Am Abend vorher war Patientin noch in Gesellschaft gewesen, musste aber bald nach Hause gehen, da sie sich nicht wohl fühlte. Am 12. Dezember nachmittags traten heftige Koliken ein, kein Erbrechen; abends wurde zuerst der Hausarzt gerufen, welcher eine circumscripte, auf Druck sehr schmerzhafte Resistenz in der Gallenblasengegend nachwies. Die Schmerzen steigerten sich bis zum Mittag des nächsten Tages, um dann bei einer besonders starken Exazerbation plötzlich aufzuhören. Die Temperatur stieg an demselben Abend auf 40,6. Am nächsten

Nachmittag wurde ich zugezogen und konnte folgenden Befund erheben:

Patientin macht den Eindruck einer Schwerkranken und fühlt sich sehr abgeschlagen. Heisse Bieberbacken, welche trotz der Röte etwas gelbliche Verfärbung erkennen lassen. Trockne Zunge. Appetitlosigkeit. Neigung zum Erbrechen, kein Singultus. Temperatur 40,0. Puls 146, klein, unregelmässig, aussetzend; Pulswelle leicht zu unterdrücken, Sensorium frei, doch gibt Patientin an, sich verschiedener Vorgänge aus diesen Tagen nicht mehr zu erinnern. Der rechte Unterrippenraum von den Lenden bis über die Mittellinie hinaus aufgetrieben, auf Druck sehr empfindlich, tympanitischer Perkussionsschall; durch Palpation nichts besonderes zu differenzieren. Wir stellten die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine acute, eitrige Gallenblasenentzündung (ev. Gangrän) unter Mitbeteiligung des Bauchfelles und rieten dringend zur Operation. Die Einwilligung zur Operation, zu welcher sich Patientin nicht sofort entschliessen konnte, wurde mir später abends mitgeteilt und so wurde denn die Operation auf den nächsten Morgen, sobald das Tageslicht es gestattete, festgesetzt. Chloroformnarkose. Schnitt ca. 25 cm lang, parallel dem rechten Rippenbogen, zwei Querfinger unter demselben. Nach Durchtrennung der Bauchdecken und Eröffnung des Bauchfelles drängen sich sofort die stark geblähten, rötlich aussehenden, entzündeten Dünndarmschlingen, teilweise von Netz bedeckt, vor. Dieselben werden leicht mit sterilen Kompressen zurückgehalten. Beim Einsetzen des Fritzsch'schen Bauchdeckenhalters in den unteren

seitlichen Wundwinkeln sieht man einen bleistiftdicken Strang von der Unterfläche der Leber zum Dickdarm sich hinziehen. Derselbe war ca. 8 cm lang, hochgradig entzündet und mit Fibrin belegt. Bei der näheren Orientierung erkennt man in ihm den Processus vermiformis. Das Coecum war nach oben geschlagen und der Processus mit seinem blinden Ende an der Unterfläche der Leber angewachsen. Resektion des Processus nach Ablösung derselben und Stumpfversorgung nach R i e d e l. Nun werden Netz und Dünndarmschlingen sanft nach unten und nach der Mitte hin zurückgeschoben und die Leber etwas gekippt. Die nunmehr zu Tage tretenden Darmschlingen erscheinen noch stärker (gerötet) aufgetrieben und entzündet, als die erst erwähnten und sind mit schleimigem Eiter bedeckt. Ganz in der Tiefe, hinter die Leber zurückgezogen, sieht man die stark geschrumpfte Gallenblase, in ihrem Fundus ein kreisrundes Loch von etwas mehr als 1 cm. Dasselbe ist nach Art eines Kugelventils fest verstopft durch einen eiförmigen, nicht facettierten Gallenstein, der, wie die spätere Messung ergibt, 3 cm lang und 2 cm dick ist. Zunächst werden nun Leber und Darmschlingen von dem Eiter durch Abtupfen möglichst gesäubert, sodann um die Gallenblase ringsum eine sorgfältige Absperrungstamponade gemacht. Hierauf Erweiterung der Oeffnung in der Gallenblase und Extraktion des Solitärsteines. Es fliesst sofort trübe Galle. Die Wandung der Gallenblase ist etwas verdickt, aber ausserordentlich brüchig. Sie reisst bei den Versuchen, sie mit breiten Klemmen etwas vorzuziehen, jedesmal aus. Von

einer Exstirpation wird bei diesem Befund Abstand genommen, da man die Gallenblase nur in Fetzen herausbekommen hätte und schliesslich vielleicht die Exstirpation doch nicht hätte zu Ende führen können. Die Gallenblase wird daher in ihrer Lage in der Tiefe gelassen, ein langer, dicker Schlauch zur Heberdrainage eingeführt und rings um denselben mit Jodoformgaze tamponiert. Die Enden der Streifen werden an dem lateralen, unteren Wundwinkel herausgeleitet, das Gummirohr an der Haut mit einer Seidennaht befestigt und die obere mediale Hälfte der Wunde etagenweise vernäht. Verband. Nachdem Patientin ins Bett gebracht und der Schlauch in ein am Boden stehendes Gefäss mit Sublimat geleitet wird, fliesst alsbald trübe Galle. Die Temperatur fiel an demselben Tage auf 39,0, am nächsten Abend auf 38,0. Der Puls ging von 146 auf 100 resp. 92 zurück, wurde regelmässig und voller. Am zweiten Abend p. Op. war die Rektaltemperatur 38,2 bei Puls 84, und dann vom nächsten (3.) Tag ab ebenso wie der Puls andauernd zur Norm zurückkehrend. In gleicher Weise besserte sich das Allgemeinbefinden. Nach 8 Tagen wurden die tiefen Streifen entfernt und nur um das Gummirohr noch locker tamponiert. Letzteres musste 3 Wochen liegen bleiben, bis die Galle goldgelb und klar floss und man annehmen konnte, dass die kranke Gallenblase selbst sich auch genügend erholt hatte. Die Gallenfistel schloss sich dann sehr schnell und Patientin konnte Mitte Februar geheilt das Bett verlassen. Thiel meint, dass die Operation erst 44 Stunden nach der Perforation ausgeführt worden.

Fall 9. (Schnitzer).

Eine 55jährige Frau, die vorher stets gesund, speziell angeblich niemals an Gallensteinkoliken gelitten hatte und ohne äusseren Anlass plötzlich unter heftigen krampfartigen Schmerzen in der rechten Bauchseite und Erbrechen erkrankte. In den folgenden Tagen kontinuierliche Bauchschmerzen, die nach oben ausstrahlten, häufiges Erbrechen, kein Stuhl, keine Winde. Erst nach 7tägiger Krankheitsdauer wurde die Pat. am 12. März in das Rothschild-Spital gebracht, wo Schnitzer die Kranke bald nach ihrer Aufnahme — gegen 10 Uhr abends — sah. Sie war sehr kollabiert, zyanotisch und erschien leicht ikterisch. Puls 100, arhythmisch, Temperatur 36,6. 30 Respirationen. Abdomen stark aufgetrieben und ziemlich gleichmässig, spontan und auf Druck sehr schmerzhaft. Die rechte Bauchhälfte, besonders in der Gallenblasengegend, stärker gespannt. Die Laparotomie ergab mehrere Liter Galle in der Bauchhöhle. Därme gebläht. Keine Adhäsionen, Gallenblase frei, ihre Wände verdickt und injiziert, trägt an der unteren Fläche eine bohnengrosse Perforation, in der Schleimhaut mehrere nekrotische Stellen, enthält einen etwa walnussgrossen Stein. Exstirpation der Gallenblase, Tamponade. Glatte Heilung.

Fall 10. (Garre).

Eine 50jährige Frau, hatte öfter Anfälle von Leibschmerzen und Erbrechen, zuletzt 3 Tage vor der Aufnahme in die Klinik. Seither sistierten Stuhl und Winde. Leib schmerzhaft, gespannt, zuletzt auch meteoristisch.

Bei der Aufnahme in die Klinik war das Abdomen halbkugelig aufgetrieben, gespannt, die Palpation besonders rechts oben und unten schmerzhaft, Bauchdecken resistent, Dämpfung in den abhängigen Partien. Puls 100, aussetzend, Atmung frequent, oberflächlich, eine Spur von Icterus. Unter der Annahme, dass eine acute Epityphlitis vorläge, wird operiert. Schnitt an rechter Rectuswand. In der Bauchhöhle findet sich gallige Flüssigkeit, die Darmschlingen sind gerötet, nirgends Verwachsungen, der Processus vermiformis frei, im kleinen Becken und überall zwischen den Darmschlingen gallige Flüssigkeit. Der Schnitt wird nun bis an die Leber hinauf verlängert. Hier findet sich Netz und Colon in der Gallenblase und der umgebenden peritonealen Fläche verklebt. Die Gallenblase ist mit fibrösen Auflagerungen bedeckt und in ihrer Wand sehr verdickt. Bei den Ablösungen gelangt man schliesslich auf eine Fistel am Uebergang auf die untere Leberfläche, hier fliesst Galle aus der Gallenblase, der Ductus cysticus ist verdickt. Die Gallenblase wird nun im Fundus breit eröffnet und in die Bauchwunde eingenäht und drainiert, auf die Fistel wird ein Tampon geführt und herausgeleitet. Steine fanden sich keine in der Gallenblase, keine im Cysticus, keine sonstigen Veränderungen, die die Perforation im übrigen erklärt hätten. Der Verlauf war ein günstiger; in den ersten Tagen leichte Temperaturerhöhung, Stuhl gefärbt, Icterus verschwindet in 3 Tagen völlig, aus dem Drain entleeren sich anfänglich täglich etwa 200 ccm Galle. Entlassung nach 4 Wochen mit geheilter Fistel.

Fall 11. (Fink).

Der Patient ist 54 Jahre alt. Einmal Gallenblasenentzündung. Nach einer geringfügigen Bewegung plötzlich grosser Schmerz, dann anhaltendes Schluchzen und Erbrechen. Der Schmerz am ersten Tage über der Gallenblase, am zweiten in der Appendixgegend mit dort tastbarer Resistenz, am 3. über dem ganzen Abdomen. Bei der Operation entleert sich klare Galle aus dem geöffneten Abdomen; die verdickte Gallenblase an ihrem carefizierten Pol perforiert, aus der Oeffnung ragt ein taubeneigrosser Stein. Drainage, Heilung.

Herr Fink hielt das geringfügige Trauma nicht für die Ursache des Durchbruches, vielmehr haben die in der Gallenblase gesetzten anatomischen Veränderungen, sowie bei der Operation festgestellter Hochstand der Leber und die Dehnung.

Differentialdiagnose mit Appendicitis.

Fall 12. (Rixford.)

Krankengeschichte fehlt.

Rixford hat Perforation der steinhaltigen Gallenblase mit aseptischem Inhalt erlebt. Die stürmischen Erscheinungen der Peritonitis gingen zurück. Am 2. Tage wurde noch bei der Operation aseptische Galle im Bauche gefunden. Heilung nach Ektomie.

Fall 13. (Maire.)

Maire berichtet über einen Fall der Perforation der Gallenblase frei ins Cavum peritoneale. Die Galle ergoss sich aus der geborstenen Blase in die Bauchhöhle; die erst am 10. Tage ausgeführte Laparotomie konnte den Kranken nicht mehr retten.

Fall 14. (Rimann).

Rimann berichtet über einen Fall der Perforation der Gallenblase: Der Patient 76 Jahre alt. Seit 14 Tagen Schmerzen im Leib, besonders rechts. Seit 14 Tagen Ileussymptome. Kein Icterus. Einseitiges Cystostomie. Tamponade. Peritonitis. Linsengrosse Perforation im Blasenhals. 25 Steine. Gestorben nach 10 Tagen.

Fall 15. (Ruge).

Die 72jährige Frau kam mit den Symptomen diffuser Peritonitis und einer schmerzhaften eigrossen Geschwulst der rechten Cruralgegend in Behandlung. Bei der Operation stellte sich letztere als eine basal obliterierte, acut entzündete Bauchsackcyste heraus. Nach Exstirpation derselben und Verschluss der Wunde wurde die mediane Laparotomie gemacht und in der Bauchhöhle massenhaft Galle gefunden, bei geringen Entzündungserscheinungen an der Serosa. Die Gallenblase war stark vergrössert, enthielt mehrere Steine, deren grösster an ihrer Spitze eine Druckgangrän und Perforation herbeigeführt hatte. Wegen der starken Verwachsungen der Gallenblase mit Leber und Duodenum und des Kollapses der Patientin wurde Cholecystostomie im oberen Wundwinkel gemacht. Heilung bis auf eine Gallenfistel, die sich spontan nicht schloss. Bei der 2 Monate später ausgeführten Cholecystostomie wurde die Ursache für die Persistenz der Fistel in einer Knickung des Choledochus gefunden. 5 Wochen später wurde Pat. mit guter Narbe gesund entlassen.

Fall 16. (Finkelstein).

25 Jahre alter Tartar, ist seit 1 Monat krank, Durchfall; am Tage vor Eintritt in das Hospital plötzlich starke Schmerzen im Abdomen rechts, Erbrechen und Stuhlverhaltung. Diagnose: Perforation des typhösen Dünndarmes oder eines Duodenalgeschwürs. Operation 20 Stunden nach Eintritt in das Hospital. Appendix von alten Verwachsungen umgeben, reseziert. In der Gegend des Duodenum Netz mit dem Darm verwachsen, mit Galle imbibiert. Gallenblase enthält Flüssigkeit. 3 cm vom Fundus Perforationsöffnung, eine Kocher'sche Sonde durchlassend, keine Gallensteine. Naht des Loches, Tampon unter die Blase. Glatte Heilung nach 16 Tagen. Nach Operation Vidal'sche Probe. Resultat negativ. Doch hält F. den Fall für Komplikation von Abdominaltyphus.

Fall 17. (Finkelstein).

29 Jahre alter Arbeiter, 10 Tage krank, zuerst mit Durchfall, seit 3 Tagen Schmerzen im Leib, kein Stuhl, Erbrechen. Die Schmerzen traten zuerst in der Lebergegend auf. Sofort Operation. Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich Galle mit Blut vermischt. Netz mit der Gallenblase verwachsen. An der Unterfläche der Blase am Uebergang in den Hals Perforationsöffnung. Resektion der Blase, Tamponade. Die Peritonitis hält an. Tod nach 3 Tagen.

Sektion: Cholecystitis et Perihepatitis chronica fibrosa, chronisch fibröse Entzündung des Mesenteriums, S. Romani, chronische Nephritis und Pleuritis, hypostatische Pneumonie rechts, käsige Entar-

tung der Mesenterialdrüsen. Wand der Gallenblase verdickt, knorpelhart, die submucöse Schicht hyalin entartet, fibröse Degeneration des Bindegewebes; in den kleinen Arterien alle Wundschichten verdickt, oft bis zu vollständigem Verschluss des Lumens durch fibröse Masse. Keine Tuberkulose, Mucosa gut erhalten. Keine Gallensteine. Hier handelt es sich wahrscheinlich um ein seltenes Ulcus rotundum simplex vesical felleal.

Fall 18. (Charité).

Walter N., 11 Jahre.

20. 6. 07. Anamnese: Vor 8 Wochen Kind neben der Treppe heruntergefallen mit dem Leib auf Eisenschienen.

Befund: Sehr blasser und magerer Junge. Die Supraclaviculargruben etwas eingesunken. Schleimhäute anämisch. Sternum tief eingesunken. Mässige Trichterbrust. An der Wirbelsäule keine Veränderungen. Druck auf ersterer nicht empfindlich. Hüft- und Kniegelenke frei, Inguinaldrüsen ein klein wenig geschwollen. Bei Betrachtung des Bauches fällt eine kugelige, breite Vorwölbung auf in der rechten Hälfte, die etwa 2 cm unterhalb des rechten Rippenbogens beginnt, sich bis an die Mittellinie nach innen unterhalb der Nabelhöhle erstreckt. Nach hinten geht sie mehr diffus in die seitliche Partie des Bauches über. Die dazugehörige Dämpfung erstreckt sich vom Processus xiphoideus 3 cm nach unten, dann entlang der eben beschriebenen Linie bis in die Nierengegend fort. Ueberall abgeschwächter Schall, kein Darmschall. Fluktuation im Bereiche der Geschwulst. Sie lässt sich

von der Nierengegend her von hinten undeutlich vorwölben. Haut verschieblich. Bei Aufblähung des Darmes legen sich keine Darmschlingen über die Geschwulst.

25. 6. 07. Die Prallheit der Geschwulst wechselt an den verschiedenen Tagen und scheinbar nimmt die Grösse der Geschwulst mit der Zunahme der Urinmenge ab.

26. 6. 07. Operation: Schnitt in der Mamillarlinie senkrecht über die Geschwulst. Auf der Fascia transversa angelangt, zeigt sich dieselbe gelblich gefärbt; auf tieferen Schnitt erfolgt explosionsartig die Entleerung von etwa 1½ Tassen grünlich-bräunlicher, fadenziehender, galliger Flüssigkeit. Nach der Entfernung derselben schaut man in eine etwa 2 äpfelgrosse Höhle, die überall nach der Bauchhöhle zu abgeschlossen ist durch dicke gallig gefärbte fibrinöse Schwarten. Der Boden der Höhle ist vorgewölbt und zeigt ungefähr in der Mitte eine Perforationsöffnung, die für eine Empyemsonde durchgängig ist. Die Ränder der Oeffnung zeigen Gallenblasenschleimhaut. Die Oeffnung wird erweitert, bei der digitalen Untersuchung auch mit der Sonde kann man eine Einmündung des Cysticus nicht entdecken, weil die Schleimhaut fühlbar ist. Drainage. Muskelnaht. Hautnaht. Nach Operation fliesst frische, goldgelbe Galle ab.

7. 8. 07. Nach allmählicher Entfernung des Draines und des Tampons und täglichem Verband hat Gallenfluss völlig aufgehört. Stuhlgang immer normal gewesen. Geheilt entlassen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Hildebrandt für die gütige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Oberarzt Rosenbach für die liebenswürdige Unterstützung bei der Arbeit meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Naunyn, Klinik der Cholelithiasis.
Kehr, Die chirurgische Behandlung der Gallensteinkrankheit.
Courvoisier, Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege.
Orth, Spezielle Pathologie.
Körte, Chirurgie der Gallenwege.
Prof. Fritz König, Ueber die durch Spontanruptur der Gallenblase bedingte Peritonitis.
Neek, Zeitschrift für Chirurgie, Band 70.
Schnitzler, Wiener klinische Wochenschrift.
Garré, Deutsche medizinische Wochenschrift.
Erhardt, Langebecks Archiv.
Langebuch, Deutsche Chirurgie, 13. 45 c.
Zentralblatt für Chirurgie, 1904, 1905, 1907.
Riemann, Beiträge zur klinischen Chirurgie.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Paul Desortzew, mosaischer Religion, wurde am 24. Dezember 1884 in Orenburg (Russland) als Sohn des Kaufmanns Semjen Desortzew geboren. Er besuchte das Gymnasium des Ministeriums der Volksaufklärung in Orenburg, welches er im Jahre 1904 absolvierte. Im Jahre 1905 wurde er in der medizinischen Fakultät zu Berlin immatrikuliert, wo er 5 Jahre ununterbrochen Medizin studiert hat.

Während seiner klinischen Semester war er als Famulus tätig: In dem Rudolf Virchow-Krankenhause bei Herrn Prof. Dr. Goldscheider, in der Königl. Universitätsklinik für innere Krankheiten bei Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Senator, in dem städtischen Krankenhause zu Orenburg (Russland) bei Herrn Dr. med. Königsberg, in der Poliklinik für innere Krankheiten bei Herrn Prof. Dr. Michaelis, in der Poliklinik für Hautkrankheiten bei Herrn Dr. Ledermann.

Vorlesungen, Kliniken und Kurse besuchte er bei folgenden Herren Professoren und Dozenten:

Bier, Bumm, Drude, Engelmann, Gabriel, Greeff, Hertwig, Heubner, Klapp, Kopsch, Kraus, Landau, Lesser, Lewin, Michel, Michaelis, Oestereich, Orth, Rubner, Schultze, Schmieden, Strassmann, Senator, Silex, Steyrer, Tierfelder, Virchow, Waldeyer, Ziehen.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen verbindlichsten Dank aus.